



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FABÍOLA GUENTHER BISINÉLLI

**OCORRÊNCIA DE BRUXISMO EM CRIANÇAS COM HÁBITOS ORAIS
DELETÉRIOS**

FLORIANÓPOLIS

2015

FABÍOLA GUENTHER BISINÉLLI

**OCORRÊNCIA DE BRUXISMO EM CRIANÇAS COM HÁBITOS ORAIS
DELETÉRIOS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao curso de Fonoaudiologia como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa
Catarina. Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Miron
Stefani. Coorientadora: Profa. Dra. Angela Ruviano
Busanello-Stella.

FLORIANÓPOLIS

2015

Bisinélli, Fabíola Guenther

Ocorrência de bruxismo em crianças com hábitos orais deletérios / Fabíola Guenther Bisinélli ; orientadora, Fabiane Miron Stefani ; coorientadora, Angela Ruviaro Busanello-Stella. - Florianópolis, SC, 2015.

59 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

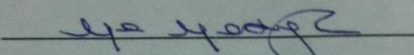
1. Fonoaudiologia. 2. Bruxismo. 3. Hábito. 4. Fonoaudiologia. 5. Odontopediatria. I. Stefani, Fabiane Miron. II. Busanello-Stella, Angela Ruviaro. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Fonoaudiologia. IV. Título.

FABÍOLA GUENTHER BISINELLI

**OCORRÊNCIA DE BRUXISMO EM CRIANÇAS COM HÁBITOS ORAIS
DELETÉRIOS**

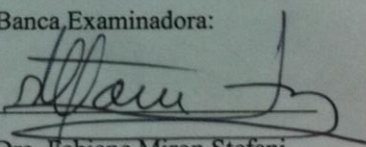
Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Bacharel em
Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 09 de Junho de 2015

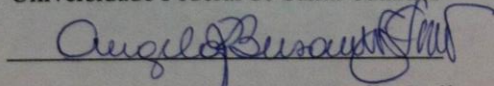

Prof. Dra. Maria Madalena Casina Pinheiro

Coordenadora do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

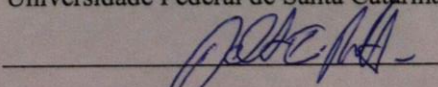
Banca Examinadora:


Prof. Dra. Fabiane Miron Stefani
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Dra. Angela Ruviano Busanello-Stella.

Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Dr. Daltro Enéas Ritter

Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pelo amor incondicional e pela oportunidade de poder colocar os estudos sempre em primeiro lugar, por fazerem parte da minha vida, por me apoiarem sempre e por despertarem em mim a vontade de ser alguém melhor, sempre. A vocês, minha eterna gratidão e amor!

Agradeço a toda minha família e amigos, que mesmo longe, me deram suporte durante toda a minha trajetória no curso de fonoaudiologia, e me incentivaram sempre a alcançar meus objetivos.

Agradeço as minhas queridas amigas de faculdade, pela grandiosa paciência, pelo companheirismo, pelo carinho e todos os conselhos. Junto a vocês, esta caminhada se tornou mais leve e divertida.

Agradeço aos meus colegas de sala, pela companhia, companheirismo e todos os momentos de auxílio durante todos esses anos.

Agradeço a todos os professores do curso de graduação em fonoaudiologia, pela forma exemplar em transmitir o conhecimento e por demonstrarem paixão a profissão.

Agradeço a Profa. Dra. Fabiane Miron Stefani, pela oportunidade de participar em seu projeto de pesquisa, pela orientação e por me tranquilizar nos momentos de ansiedade.

Agradeço a Profa. Dra. Angela Ruviaro Busanello-Stella, pela paciência na orientação e auxílio nas questões metodológicas e estatísticas deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Daltro Enéas Ritter por aceitar participar da banca de defesa deste trabalho.

Agradeço as colegas do projeto de pesquisa pela ajuda no desenvolvimento deste projeto.

Agradeço a todos aqueles que de forma direta ou indireta fizeram parte do desenvolvimento deste trabalho.

“-É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas. Dizem que são tão belas! Do contrário, quem virá visitar-me? Tu estarás longe...Quanto aos bichos grandes, não tenho medo deles. Eu tenho as minhas garras. ”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Introdução: O bruxismo é caracterizado pelo excessivo apertamento e/ou ranger dos dentes, e assim como os hábitos orais deletérios, pode ocasionar danos ao sistema estomatognático, pois geram desequilíbrio entre as forças musculares externas e internas. **Objetivo:** Verificar a ocorrência do bruxismo cêntrico e excêntrico em crianças com e sem hábitos orais deletérios. **Métodos:** Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário aos pais e/ou responsáveis por 34 crianças, na faixa etária de 2 a 12 anos de idade, de ambos os gêneros, em atendimento no Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente do Curso de Odontologia (ESCA I e II), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Para análise utilizou-se o programa Statistica 9.0. e para a comparação das variáveis categóricas entre si foi aplicado o Teste Qui-Quadrado, com posterior a análise de resíduos, quando necessário. Foi considerado nível de significância de 5%. **Resultados:** Das 34 crianças, 91,17% apresentaram hábitos de sucção, 32,35% onicofagia, 38,23% hábitos de morder, 52,94% bruxismo com a prevalência do bruxismo cêntrico (41,17%). Crianças com hábitos de sucção (91,17%), 22,58% tinham bruxismo cêntrico e 45,16% excêntrico, já as sem hábitos de sucção (8,82%), apenas uma tinha bruxismo cêntrico. Crianças que faziam somente o uso de mamadeira apresentaram 33,33% bruxismo cêntrico e 22,22% excêntrico. Crianças que faziam uso associado de mamadeira e chupeta, apresentaram bruxismo cêntrico (15,38%) e excêntrico (53,84%). A associação do uso de mamadeira, sucção digital e uso de chupeta encontrou-se 20% de bruxismo cêntrico e 80% excêntrico. Crianças com onicofagia apresentaram 33,33% bruxismo cêntrico e 50% excêntrico, enquanto as crianças sem onicofagia 30,76% tinham bruxismo cêntrico e 36,36% excêntrico. Os hábitos de morder, apresentaram 23,07% bruxismo cêntrico e 46,15% excêntrico, as crianças que não tinham hábitos de morder, 23,80% possuíam bruxismo cêntrico e 38,09% excêntrico. Notou-se diferença significativa apenas entre dores faciais e hábitos de morder, sendo que os outros hábitos apresentados não apresentaram significância. **Conclusão:** A grande maioria das crianças possuía algum tipo de hábito de sucção, e mais da metade das crianças tinham bruxismo, com prevalência do bruxismo excêntrico. Não se constatou, porém, significância estatística na ocorrência de bruxismo em nenhum dos hábitos, somente na presença de dores faciais em crianças que possuíam hábitos de morder e bruxismo.

Palavras-chaves: bruxismo; hábito; crianças; fonoaudiologia; odontopediatria.

ABSTRACT

Introduction: The bruxism is characterized by excessive clenching and / or grinding of the teeth, and as the deleterious oral habits, can cause damage to the stomatognathic system, because they generate imbalance between the external and internal muscle forces. Objective: To determine the occurrence of centric and eccentric bruxism in children with and without harmful oral habits. **Methods:** Data were collected by applying a questionnaire to parents and / or guardians of 34 children, aged 2-12 years old, of both genders, in compliance with the Supervised Training of Children and Adolescents Course Dentistry (ESCA I and II), the Federal University of Santa Catarina (UFSC). For analysis we used the Statistica 9.0 program and to compare categorical variables between them was applied the chi-square test, with subsequent residue analysis when necessary. It was 5% significance level. **Results:** Of the 34 children, 91.17% were sucking habits, 32.35% onychophagia, 38.23% of biting habits, 52.94% with the prevalence of bruxism centric bruxism (41.17%). Children with sucking habits (91.17%), 22.58% had centric bruxism and 45.16% eccentric, already without the sucking habits (8.82%), only one had centric bruxism. Children were only bottle feeding showed 33.33% and 22.22% centric bruxism eccentric. Children who did dare associate of bottles and pacifiers showed centric bruxism (15.38%) and eccentric (53.84%). The association of bottle feeding, thumb sucking and pacifier use was found 20% of centric bruxism and 80% eccentric. Children onychophagia centric bruxism showed 33.33% and 50% eccentric, while children without onychophagia 30.76% had centric bruxism and 36.36% eccentric. Biting habits, showed 23.07% and 46.15% bruxism centric eccentric, children who had not biting habits, 23.80% had centric bruxism and 38.09% eccentric. We observed a significant difference only between facial pain and biting habits, and other habits presented no significance. **Conclusion:** The vast majority of children had some sort of sucking habit, and more than half of the children had bruxism, with prevalence of eccentric bruxism. Not found, however, statistically significant occurrence of bruxism in any of habits, only in the presence of facial pain in children who had habits of biting and bruxism.

Keywords: bruxism; habit; children; speech therapy; pediatric dentistry.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de estudo.....	21
Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo bruxismo, hábitos de sucção, onicofagia e hábitos de mordida.....	23
Tabela 3 – Relação entre hábitos de sucção e variáveis do bruxismo.....	24
Tabela 4 – Relação entre cada hábito de sucção e o bruxismo.....	26
Tabela 5 – Relação entre onicofagia e o bruxismo.....	30
Tabela 6 – Relação entre hábitos de morder e o bruxismo.....	32

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. MARCO TEÓRICO.....	13
1.1 Bruxismo.....	13
1.2 Hábitos Orais Deletérios.....	14
2. METODOLOGIA	19
2.1. Tipo de estudo.....	19
2.2 População.....	19
2.3 Critérios de inclusão.....	19
2.4 Critérios de exclusão.....	19
2.5 Instrumentos de pesquisa.....	19
2.6 Coleta de dados.....	20
2.7 Análise de dados.....	20
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXO I - Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina	38
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	41
APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa	43

INTRODUÇÃO

Segundo Maciel (2010), o bruxismo é considerado um transtorno involuntário e inconsciente de movimento, caracterizado pelo excessivo apertamento e/ou ranger dos dentes, podendo ocorrer durante o sono ou em estado de vigília.

O bruxismo cêntrico consiste na contração muscular isométrica, em que os dentes são mantidos cerrados de forma contínua por um determinado período, causando a destruição das estruturas de sustentação dos dentes e o surgimento de distúrbios nos músculos da mastigação e nas articulações temporomandibulares. Já o bruxismo excêntrico tem prevalência da contração muscular isotônica, a qual acarreta no desgaste das bordas incisais dos dentes (RODRIGUES et al., 2006).

Este transtorno apresenta etiologia multifatorial, proveniente de fatores locais, de manifestações psicológicas e comportamentais, de manifestações sistêmicas ou devido à herança familiar (CAMACHO, MARTINEZ, COSTA E KOHLRAUCH, 2013).

O resultado de movimentos não funcionais por tempo prolongado e da força aplicada sobre a superfície oclusal realizadas no bruxismo, causam danos às articulações temporomandibulares e ao sistema estomatognático (BLINI et al., 2009; CUNALI et al., 2012).

O sistema estomatognático, composto por língua, lábios, palato duro, bochechas, dentes, músculos elevadores e abaixadores da mandíbula e nervos (FELÍCIO, 2009), desenvolve funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fonação, as quais são executadas pela ação conjunta e harmônica dessas estruturas. Porém, a presença de hábitos orais deletérios influencia nesse sistema, causando alterações nas funções estomatognáticas (TANIGUTE, 2005; TRAWITZKI et al., 2005; DEGAN, PUPPIN-RONTANI, 2005; FRANÇA et al., 2008; CASTILHO e ROCHA, 2009; GRANJA, 2011).

As alterações miofuncionais orofaciais causadas pelos hábitos orais deletérios têm como determinantes a frequência, a intensidade e a duração (Tríade de Graber) bem como o objeto utilizado e a idade de início do hábito (BERTOLDI, FELÍCIO E MATSUMOTO, 2005; TRAWITZKI et al., 2005; GOMES et al., 2006).

Os hábitos orais deletérios causam alterações na relação oclusal, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, alterações na postura lingual e labial, promovem desordens da morfologia dento alveolar, ocasionam a protrusão dos incisivos superiores, o aparecimento de diastemas e o hipodesenvolvimento de mandíbula e maxila (BERTOLDI, FELÍCIO E MATSUMOTO, 2005; DEGAN, PUPPIN-RONTANI, 2005; MONTEIRO, BRESCOVICI, DELGADO; 2009).

Entre os hábitos orais deletérios, os hábitos de sucção são os mais frequentemente encontrados relacionados à Fonoaudiologia, pois estes geralmente interferem no equilíbrio das forças na cavidade oral (CZLUSNIAK et al., 2008; MEDEIROS e MEDEIROS, 2006).

Desse estudo teve-se como objetivo verificar a ocorrência do bruxismo cêntrico e excêntrico em crianças com e sem hábitos orais deletérios, através de objetivos específicos como a caracterização da população segundo características socioeconômicas, verificar a prevalência de bruxismo cêntrico e excêntrico em crianças e comparar esta prevalência em crianças com e sem hábitos orais deletérios.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. BRUXISMO

O bruxismo é considerado um transtorno involuntário e inconsciente de movimento, caracterizado pelo excessivo apertamento e/ou ranger dos dentes, podendo envolver distintos estados de consciência, isto é, ocorrer durante o sono ou em estado de vigília (MACIEL, 2010).

Durante o sono, contrações musculares rítmicas apresentam-se com força maior do que a natural, a qual provoca o ranger ou o apertamento e o deslizamento dos dentes nas posições protrusivas e latero-protrusivas, com produção de ruído (GIMENES, 2008; MACEDO, 2008; GONÇALVES; TOLEDO; OTERO, 2010). Já durante o período de vigília o bruxismo caracteriza-se por uma atividade semi-voluntária da mandíbula, de apertar os dentes (GIMENES, 2008; MACEDO, 2008).

No bruxismo cêntrico ocorre a contração muscular isométrica, em que os dentes são mantidos cerrados de forma ininterrupta por um determinado período, acarretando a destruição das estruturas de sustentação dos dentes e favorecendo distúrbios nos músculos da mastigação e nas articulações temporomandibulares. Já no bruxismo excêntrico tem-se a contração muscular isotônica, que causa o desgaste das bordas incisais dos dentes (RODRIGUES et al., 2006).

Zambra e Rodriguez (2003) definem que o bruxismo é considerado primário, quando não há causa aparente, enquanto que o secundário ocorre associado ao uso de medicamentos psicoativos, drogas e desordens médicas.

Por ser uma manifestação de caráter multifatorial, o bruxismo tem como principais etiologias os fatores locais (como má oclusão, relação oclusal traumática e interferências oclusais), as manifestações psicológicas e comportamentais (como o estresse, ansiedade e traços da personalidade), as manifestações sistêmicas (como patologias relacionadas ao sistema nervoso central, disfunções hormonais e deficiências nutricionais, uso de medicamento) e a herança familiar (para muitos autores o bruxismo é hereditário) (CAMACHO; MARTINEZ; COSTA, KOHLRAUCH, 2013).

Crianças que não conseguem satisfazer seus anseios e/ou necessidades, acabam por ranger ou apertar os dentes como forma de compensar tais problemas ou como maneira de se auto agredir (DINIZ e SILVA, 2009; SIMOES-ZENARI e BITAR, 2010). Além disso, muitas vezes as variações na personalidade da criança são responsáveis pelo desenvolvimento deste hábito (DINIZ e SILVA, 2009).

O bruxismo acarreta efeitos variados sobre o sistema estomatognático, o qual, segundo Felício (2009) é composto pela língua, lábios, palato duro, bochechas, dentes, músculos elevadores e abaixadores da mandíbula e nervos. A Motricidade Orofacial é a área da Fonoaudiologia voltada para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical (RESOLUÇÃO CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006).

Em pesquisa, Nahás-Scocate et al. (2012) expuseram que em crianças de 2 a 6 anos características como dor de cabeça e sono agitado estão associados ao bruxismo. Primeiramente os autores realizaram um questionário com os responsáveis sobre a presença e o período do bruxismo, saúde geral da criança, incluindo sono agitado e dores de cabeça e posteriormente a avaliação clínica. Das 937 crianças avaliadas, a prevalência do bruxismo foi de 29,3%. Os autores constataram que crianças com sono agitado tem 2,4 vezes chances de apresentarem bruxismo, comparadas às crianças que não possuem sono agitado. Com relação à dor de cabeça, as crianças apresentaram 1,6 mais chances de terem bruxismo do que as que não apresentam.

Becker (2014), investigou os possíveis fatores etiológicos associados ao bruxismo infantil, em 90 escolares na faixa etária de 5 a 11 anos no município de Florianópolis (SC). Os dados foram coletados através de questionário e exame clínico. Encontrou-se a prevalência de 35,6% de bruxismo e não houve relação estatisticamente significativa entre bruxismo e hábitos orais deletérios. Também se constatou que o hábito não interferiu no comportamento em ambiente escolar ou no processo de aprendizagem. Observou-se estatisticamente a relação entre bruxismo e mordida cruzada, ansiedade, dor de cabeça e hereditariedade.

Para o tratamento do bruxismo, a Fonoaudiologia é uma das ciências que contribui, principalmente, favorecendo o relaxamento da musculatura envolvida e melhorando o padrão mastigatório das pessoas que realizam esse hábito, minimizando assim os efeitos nocivos (LOPES; OLIVEIRA, 2009).

1.2. HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS

Segundo Granja (2011), o desenvolvimento inicial do sistema sensório motor oral é a base para a formação das estruturas correspondentes às funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e produção da fala.

A sucção tem papel fundamental para suprir as necessidades nutricionais do bebê em seus primeiros meses de vida (FELÍCIO, 2010). Ao nascimento é reflexa, ocorrendo quando se toca

na região dos lábios ou nos rebordos gengivais, e apresenta movimentos de língua anteroposteriores. É através desse ato, que ocorre a estimulação do crescimento mandibular e, assim, o equilíbrio entre as estruturas orofaciais (GRANJA,2011).

Felício (2010) define que existem três métodos de aleitamento: o natural, ou seja, a amamentação no peito, a artificial, fazendo o uso de mamadeira e, o misto, quando há associação do método natural ao artificial. Além disso, a autora divide a sucção em nutritiva, envolvendo a ingestão de líquidos, como o uso de mamadeira, e a não nutritiva, que não envolve a alimentação, por exemplo, a sucção de chupeta ou dedo. Os métodos e tipos de sucção podem influenciar no desempenho da função, atuando de forma negativa ou positiva ao sistema estomatognático.

Para Bezerra et al. (2005) e Felício (2010), a amamentação natural realiza movimentos anteroposteriores e é muito importante, sobretudo nos primeiros seis meses de vida, tanto no ponto de vista nutricional e imunológico, como no desenvolvimento das funções e na oclusão das crianças, a qual realiza ações que promovem estímulos neurais adequados ao crescimento ósseo e equilíbrio facial. Porém, segundo Felício (2010), a amamentação artificial, realiza movimentos verticais, os quais colaboram para o desequilíbrio muscular oral, pois não exige esforços, tampouco satisfaz as necessidades de sucção da criança (GOMES et al., 2006).

Ferreira et al. (2009) tiveram como objetivo em seu estudo, identificar a presença de hábitos orais deletérios e relacioná-la com a duração de aleitamento materno. Através de dados contidos em 143 prontuários de crianças entre 0 e 59 meses, analisaram questões como a presença de hábitos orais e sua frequência, assim como o período de duração do aleitamento materno. As autoras constataram presença de sucção de chupeta em 94 crianças (76,4%), respiração oral em 28 (22,7%), bruxismo em 18 (14,7%) e sucção digital em 15 (13,2%). Além disso, o tempo de aleitamento materno exclusivo foi, predominantemente, inferior a seis meses, atingindo 94 crianças. Houve significância estatística entre a associação do tempo de aleitamento materno e a presença de hábito oral deletério.

Os hábitos são padrões de contração muscular aprendidos, que se diferenciam em hábitos orais normais e hábitos orais deletérios. Porém, os hábitos orais deletérios interferem no desenvolvimento normal do sistema estomatognático, uma vez que geram desequilíbrio entre as forças musculares externas e internas, produzindo uma deformação óssea (TRAWITZKI et al., 2005).

A frequência, intensidade e duração são determinantes nas alterações miofuncionais orofaciais causadas pelos hábitos deletérios, bem como o objeto utilizado e a idade de início do

hábito (TRAWITZKI et al., 2005; BERTOLDI; FELÍCIO E MATSUMOTO, 2005; GOMES et al., 2006).

Galvão, Menezes e Nemr (2006) alegam que os hábitos orais deletérios transmitem segurança, tranquilidade e conforto, entretanto faz-se necessário o abandono precoce a fim de evitar alterações nas estruturas e funções no desenvolvimento facial. Existem chances de ocorrer autocorreção da desarmonia oclusal, quando o hábito for retirado até os três anos de idade. No entanto, após essa idade, podem ocorrer alterações orofaciais e o crescimento facial harmônico fica comprometido.

Merighi et al. (2007) classificaram os hábitos em sucção, que fazem o uso da mamadeira, da chupeta e sucção digital, e de morder, que se apresentam a onicofagia, morder a mucosa oral, morder os lábios e morder os objetos.

Trawitzki et al. (2005) defendem que a introdução de mamadeira e chupeta induz ao desinteresse da amamentação no seio e ao desmame precoce. E o desmame precoce favorece, com a introdução da amamentação artificial, a instalação de hábitos orais deletérios de sucção e de mordida. Degan, Puppini-Rontani (2005) e Gomes et al. (2006) afirmam que a manutenção dos hábitos orais deletérios após os quatro anos de idade, torna-se nociva.

Bertoldi, Felício e Matsumoto (2005), asseguram que os hábitos orais deletérios podem causar alterações de oclusão, como mordida aberta anterior mordida cruzada posterior e alterações na postura lingual e labial. E ainda, ocasionam a protrusão dos incisivos superiores, o aparecimento de diastemas, e o hipodesenvolvimento de mandíbula e maxila (DEGAN e PUPPIN-RONTANI, 2005).

A persistência dos hábitos de sucção adia a introdução de alimentos que exigem mastigação, provocando o estreitamento da maxila e mandíbula e, modificando o padrão dos órgãos fonoarticulatórios (FELÍCIO, 2010). Pode resultar em distúrbios miofuncionais orofaciais, os quais alteram as funções de sucção, mastigação, deglutição (DEGAN; PUPPIN-RONTANI, 2005; FRANÇA et al., 2008), a relação oclusal (DEGAN; PUPPIN-RONTANI, 2005; MONTEIRO; BRESOVICI; DELGADO, 2009), promovem desordens da morfologia dento alveolar (BERTOLDI; FELÍCIO E MATSUMOTO, 2005) e dificultam os ajustes motores finos, necessários para a articulação da fala (FELÍCIO, 2010).

Galvão, Menezes, Nemr (2006), realizaram um estudo com o objetivo de averiguar os tipos de hábitos orais deletérios mais encontrados em grupos de crianças de 4 a 6 anos de escola pública e particular, e comparar a presença dos hábitos entre os dois grupos. O grupo A, foi composto por 36 crianças da escola particular e o grupo B, foi composto por 70 crianças da

escola pública. Concluiu-se a existência de uma alta prevalência de alguns hábitos orais deletérios nas crianças estudadas, sem, contudo, haver diferença estatística significativa entre os mesmos.

Os resultados mostraram que a maioria das crianças analisadas, apresentaram o hábito de mamadeira, havendo persistência do seu uso por tempo maior que 36 meses. Destacou-se também a frequência maior do uso de chupeta no grupo de crianças de escolas particulares, mas com relação ao seu tempo de uso, em ambos os grupos, houve diminuição após 36 meses. (GALVÃO; MENEZES; NEMR, 2006).

A fim de verificar a prevalência de hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos e a presença de maloclusão em 342 pré-escolares entre 3 e 5 anos de idade, encontrou-se que 73,4% das crianças possuíam hábitos orais deletérios, sem diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros. Ao se analisar o número de hábitos orais presentes por criança, verificou-se que 79,3% apresentavam um único tipo, 17,1% possuíam dois e 3,6% apresentavam três. Verificou-se que a sucção de chupeta apareceu como o hábito mais frequente, ocorrendo em 84,8 % das crianças, já a sucção digital foi diagnosticada em 7,2%, enquanto a onicofagia em 4,4 %. Além disso, a pesquisa revelou que das 70 crianças que receberam aleitamento materno por um período igual ou maior que 19 meses, 65,7 % não apresentavam hábitos orais deletérios (LEITE-CAVALCANTI; MEDEIROS-BEZERRA E MOURA, 2007).

Cavalcanti, Bezerra e Moura (2007), com o objetivo de verificar a prevalência de hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos e a presença de maloclusão em pré-escolares brasileiros, avaliou 342 crianças entre 3 e 5 anos de idade. Em todas as idades, houve a elevada prevalência de hábitos de sucção. Do total, 84,2% das crianças tinham histórico de alimentação artificial, e destas, 79,9% apresentavam maloclusão. Houve maior frequência de hábitos de sucção em crianças com alimentação artificial, do que nas crianças com alimentação natural. Mostrou-se então, estatística significativa com relação a presença de hábitos de sucção e maloclusão, além da associação entre o tipo de aleitamento e a presença de maloclusão.

A onicofagia é caracterizada por repetidas injúrias ao leito ungueal da unha e na infância pode manifestar-se como alívio da ansiedade, solidão e inatividade (DALANORA, 2007). Cavaggioni e Romano (2003) definem que este hábito pode ser como não sendo considerado um comportamento patológico presente em diversas doenças, ou com a convergência ou não às desordens alimentares.

Em um estudo realizado por Serra-Negra et al. (2006), a fim de verificar se os filhos imitam as mães na adoção de hábitos orais deletérios, constatou-se que filhos de mães com hábito de onicofagia apresentaram quatro vezes mais chance de também realizarem este hábito.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho é um recorte da linha de pesquisa “Correlação entre alterações de motricidade orofacial e fala e hábitos orais deletérios em crianças”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXO I), com parecer de número 745.417.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo quantitativo descritivo.

2.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

34 crianças de 2 a 12 anos de idade, que estavam em atendimento no Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente do Curso de Odontologia (ESCA) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e que os pais e/ou responsáveis permitiram fazer parte da pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a. Crianças de 2 a 12 anos de idade, pacientes do ESCA;
- b. Aquelas em que os pais e/ou responsáveis assinaram o TCLE;
- c. Aquelas em que os pais e/ou responsáveis responderam completamente o questionário de hábitos orais deletérios.

2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a. Questionário de crianças com sinais sugestivos de alterações neurológicas, portadoras de alguma síndrome ou má-formação/deformações dento-faciais;
- b. Questionário de crianças deficientes auditivas ou visuais;
- c. Questionário de crianças em que pais e/ou responsáveis não souberam responder sobre os hábitos orais deletérios e bruxismo.

2.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para essa pesquisa, foi utilizado um questionário baseado em Verrastro (2008) e adaptado pelas autoras para a presente pesquisa (APÊNDICE B). O mesmo foi aplicado por pesquisadoras

previamente calibradas pela coordenadora da pesquisa e respondido pelos pais e/ou responsáveis pela criança.

O questionário buscou dados relevantes sobre a renda familiar e escolaridade dos pais, a gestação, o parto e o período peri e pós-natal, sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico da criança, queixas na voz, audição e fala, queixas escolares, rotina da família, saúde geral da criança, período de amamentação da criança, hábitos de sucção (mamadeira, chupeta, sucção digital), onicofagia, hábitos de mordida, bruxismo e respiração.

2.6 COLETA DOS DADOS

O período de coleta aconteceu de Outubro de 2014 à Março de 2015. Após a assinatura do TCLE, realizava-se a aplicação do questionário aos pais e/ou responsáveis pela criança.

Para a presente pesquisa, foram selecionadas as questões referentes a renda familiar, a escolaridade dos pais, aos hábitos orais deletérios e ao bruxismo.

2.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Excel para posterior análise, utilizando-se o programa Statistica 9.0. Para a comparação das variáveis categóricas entre si foi aplicado o Teste Qui-Quadrado, com posterior a análise de resíduos, quando necessário. Foram comparadas as respostas dos questionários referentes ao bruxismo com as variáveis “hábitos de sucção”, “hábito de onicofagia” e “outros hábitos de morder”. Para todas as análises foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total da pesquisa foi composta pelas 34 crianças e na Tabela 1 tem-se a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de estudo.

		N	%
Sexo	Feminino	19	55,88
	Masculino	15	44,11
Renda	Até 1 salário mínimo	7	20,58
	De 1 a 3 salários mínimos	20	58,82
	De 3 a 6 salários mínimos	6	17,64
	De 6 a 9 salários mínimos	1	2,94
Escolaridade da mãe	Analfabeta	1	2,94
	1º grau incompleto	7	20,58
	1º grau completo	3	8,82
	2º grau incompleto	9	26,47
	2º grau completo	14	41,17
	3º grau completo	2	5,88
Escolaridade do pai	1º grau incompleto	9	26,47
	1º grau completo	6	17,64
	2º grau incompleto	8	23,52
	2º grau completo	8	23,52
	3º grau completo	4	11,76
Residência	Biguaçu	2	5,88
	Florianópolis	19	55,88
	Governador Celso Ramos	1	2,94
	Palhoça	3	8,82
	São José	9	20,47

Observou-se que 19 crianças eram do sexo feminino (55,88%) e 15 do sexo masculino (44,11%). A média de idade foi de 5,32 anos, com mínimo de dois anos, máximo de 11 anos, e desvio padrão de 1,93.

Boeck et al. (2013) e Gonella et al. (2012) encontraram em seu estudo resultados semelhantes a presente pesquisa, em que ao relacionar hábitos de sucção com o sexo, obtiveram que mais da metade das crianças eram do sexo feminino.

Já Miotto et al. (2014) observaram a mesma proporção de crianças com hábitos entre os sexos, e Góes et al. (2013) constataram que a maior parte das crianças com hábitos orais deletérios era do sexo masculino, contrapondo-se aos resultados desta pesquisa.

A renda familiar apresentou prevalência com 58,82% de um a três salários mínimos (de R\$ 724,00 até R\$ 2.172,00).

A presente pesquisa corrobora com Pizzol et al. (2011), os quais notaram que as crianças cuja renda familiar era superior a cinco salários mínimos apresentaram uma prevalência estatisticamente inferior de hábitos de sucção, quando comparadas às crianças cuja renda familiar não ultrapassava um salário mínimo. Além disso, obteve resultados semelhantes a Goés et al. (2013), os quais encontraram em seu estudo o predomínio de hábitos encontrados em famílias com renda mais baixa.

Quanto à residência, a maior parte da amostra, ou seja, 55,88% das crianças residiam em Florianópolis.

Sobre a escolaridade da mãe, encontrou-se 41,17% com 2º grau completo e a escolaridade do pai encontrou-se 26,47% 1º grau incompleto, sendo significante também o 2º grau, o qual apresentou 23,52% incompleto e 23,52% completo.

No estudo de Pizzol et al. (2011) a presença de hábitos orais deletérios não foi influenciada pelo grau de escolaridade das mães, porém Goés et al. (2013) analisaram que em mães cujo o tempo de estudo não ultrapassou oito anos, acarretaram maior presença de hábitos de sucção em seus filhos.

A presente pesquisa discorda ao encontrado por Silvério et al. (2012), que em comparação do nível de escolaridade das mães de acordo a presença dos hábitos de sucção, puderam observar que mães com nível de escolaridade superior e pós-graduação oferecem significativamente mais mamadeira a seus filhos do que mães com nível de escolaridade fundamental e médio.

Com o objetivo de investigar a possível relação entre o grau de escolaridade materna e a ocorrência de hábitos orais deletérios em 141 crianças, Blanco-Dutra et al. (2011), verificaram que 1,4% das mães eram analfabetas; 64,5% frequentaram ensino fundamental; 24,8% frequentaram ensino médio; e 9,2% frequentaram ensino superior. No grupo de mães analfabetas houve relato de bruxismo em 50% das crianças, como único hábito oral. Já nos outros grupos, os hábitos ocorreram com frequência semelhante e os mais relatados foram o uso de mamadeira e bruxismo e parecem não ter relação com o grau de escolaridade materna.

A Tabela 2 traz a caracterização da amostra segundo os hábitos orais.

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo bruxismo, hábitos de sucção, onicofagia e hábitos de morder.

		N	%
Bruxismo	Com hábito	20	58,82
	Sem hábito	14	41,17
Bruxismo cêntrico	Com hábito	8	23,52
	Sem hábito	26	76,47
Bruxismo excêntrico	Com hábito	14	41,17
	Sem hábito	20	58,82
Hábitos de sucção	Com hábito	31	91,17
	Sem hábito	3	8,82
Onicofagia	Com hábito	12	35,29
	Sem hábito	22	64,70
Hábitos de morder	Com hábito	13	38,23
	Sem hábito	21	61,76

Do total, 18 crianças possuíam bruxismo (52,94%), destes sete eram bruxismo cêntrico (20,58%) e 14 eram bruxismo excêntrico (41,17%). Esta diferença entre os tipos de bruxismo ocorreu, pois, três crianças apresentavam ambos os tipos de bruxismo. Johanns, Furkim e Marchesan (2011), apresentaram em sua pesquisa menor ocorrência de bruxismo (29,85%), o que discorda da presente amostra.

Apresentaram hábitos de sucção 31 crianças (91,17%), onicofagia 11 crianças (32,35%) e hábitos de morder 13 crianças (38,23%).

A onicofagia, também foi o hábito de menor prevalência (31,8%) na pesquisa de Melo e Pontes (2014), que buscaram caracterizar os hábitos orais deletérios em crianças de três a cinco anos de idade.

Porém em outro estudo, Gonçalves, Toledo e Otero (2010) obtiveram como hábito mais prevalente, a onicofagia, seguido dos hábitos de mordida e por último os hábitos de sucção. Assim também foi o encontrado por Vasconcelos et al. (2009), que buscaram conhecer a frequência e os tipos de hábitos orais deletérios em um grupo de crianças de 5 a 12 anos.

Vasconcelos et al. (2009) encontraram que aproximadamente 40% da amostra de seu estudo apresentaram hábitos de morder, confirmando os resultados semelhantes encontrados na presente pesquisa. Entretanto, Araújo, Silva e Coutinho (2007), se contrapõem, obtendo alta ocorrência de hábitos de morder em crianças (74%).

A Tabela 3 apresenta a relação entre a amostra distribuída conforme os hábitos de sucção e as variáveis encontradas no hábito de bruxismo.

Tabela 3 – Distribuição da amostra conforme a relação entre os hábitos de sucção e as variáveis do bruxismo.

Variável		Com hábitos de sucção	Sem hábitos de sucção	p
Bruxismo cêntrico	Sim	7 (22,58%)	1 (33,33%)	0,67
	Não	24 (77,41%)	2 (66,66%)	
Bruxismo excêntrico	Sim	14 (45,16%)	0 (0%)	0,12
	Não	17 (54,83%)	3 (100%)	
Período de ocorrência	Sem hábito	13 (41,93%)	2 (66,66%)	0,24
	Diurno	2 (6,45%)	1 (33,33%)	
	Noturno	12 (38,70%)	0 (0%)	
	Ambos	4 (12,90%)	0 (0%)	
Frequência de ocorrência do hábito de bruxismo	Sem hábito	13 (41,93%)	2 (66,66%)	0,66
	1 vez na semana	3 (9,67%)	0 (0%)	
	3 vezes ou mais por semana	8 (25,80%)	0 (0%)	
	Episódios desiguais	7 (22,58%)	1 (33,33%)	
Histórico familiar de bruxismo	Sim	12 (38,70%)	0 (0%)	0,18
	Não	19 (61,29%)	3 (100%)	
Resistência na hora de ir para cama	Sim	13 (41,93%)	1 (33,33%)	0,77
	Não	18 (58,06%)	2 (66,66%)	
Enurese noturna	Sim	3 (9,67%)	0 (0%)	0,57
	Não	28 (90,32%)	3 (100%)	
Fala enquanto dorme	Sim	7 (22,58%)	0 (0%)	0,35
	Não	24 (77,41%)	3 (100%)	
Acorda suando/ gritando	Sim	9 (29,03%)	0 (0%)	0,27
	Não	22 (70,96%)	3 (100%)	
Dores faciais	Sim	2 (6,45%)	0 (0%)	0,65
	Não	29 (93,54%)	3 (100%)	

Como pode ser observado na tabela acima, das 31 crianças que possuíam hábitos de sucção, sete apresentavam bruxismo cêntrico (22,58%), e 14 apresentavam bruxismo excêntrico (45,16%). Três apresentavam ambos tipos de bruxismo. Quanto ao período de ocorrência do bruxismo, 12 crianças realizavam o ato à noite (38,70%), duas durante o dia (6,45%), e, quatro em ambos os períodos (12,90%). Sobre a frequência do bruxismo, oito realizavam três ou mais

vezes por semana (25,80%), sete apresentavam episódios desiguais (22,58%), e três realizavam uma vez por semana (9,67%).

O presente estudo corrobora o estudo de Shinkai et al. (1998), em que foram avaliadas 213 crianças de dois a 11 anos de idade, quanto à prevalência de bruxismo excêntrico noturno e suas características. Os autores observaram 56% de ocorrência com três vezes ou mais por semana, seguido de 31% com episódios desiguais, e, com 13%, apenas uma vez por semana.

Apenas 12 crianças com hábitos de sucção e bruxismo apresentavam histórico familiar de bruxismo (38,70%), 13 apresentavam resistência na hora de ir para cama (41,93%), três realizavam enurese noturna (9,67%), sete falavam enquanto dormiam (22,58%), nove acordavam suando/gritando (29,03%), e duas tinham dores faciais (6,45%).

Das três crianças que não possuíam hábitos de sucção, nenhuma apresentou bruxismo excêntrico e apenas uma tinha bruxismo cêntrico (33,33%), o qual ocorria durante o dia, em episódios desiguais. Além disso, a criança apresentava resistência na hora de ir para cama.

Não houve significância estatística entre os hábitos de sucção e o bruxismo, estando de acordo com o estudo de Shinkai et al. (1998), o qual também não demonstrou significância estatística nesta relação. De maneira distinta, Simões–Zenari e Bitar (2010) observaram associação entre bruxismo e o uso de chupeta.

A tabela 4 apresenta a relação de cada hábito de sucção com as variáveis do bruxismo.

Tabela 4 – Distribuição da relação entre cada tipo de hábito de sucção e o bruxismo.

		Sem hábito	Mamadeira	Sucção digital	Mamadeira e chupeta	Mamadeira e sucção digital	Mamadeira sucção digital e chupeta	p
Bruxismo cêntrico	Sim	1 (33,33%)	3 (33,33%)	1 (50%)	2 (15,38%)	0 (0%)	1 (20%)	0,76
	Não	2 (66,66%)	6 (66,66%)	1 (50%)	11 (84,61%)	2 (100%)	4 (80%)	
Bruxismo excêntrico	Sim	0 (0%)	2 (22,22%)	0 (0%)	7 (53,84%)	1 (50%)	4 (80%)	0,11
	Não	3 (100%)	7 (77,77%)	2 (100%)	6 (46,15%)	1 (50%)	1 (20%)	
Período de ocorrência	Sem hábito	2 (66,66%)	6 (66,66%)	1 (50%)	4 (30,76%)	1 (50%)	1 (20%)	0,25
	Diurno	1 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15,38%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Noturno	0 (0%)	1 (11,11%)	0 (0%)	6 (46,15%)	1 (50%)	4 (80%)	
	Ambos	0 (0%)	2 (22,22%)	1 (50%)	1 (7,69%)	0 (0%)	0 (0%)	
Frequência de ocorrência do hábito de bruxismo	Sem hábito	2 (66,66%)	6 (66,66)	1 (50%)	4 (30,76%)	1 (50%)	1 (20%)	0,61
	1 vez por semana	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (23,07%)	0 (0%)	0 (0%)	
	3 vezes ou mais por semana	0 (0%)	2 (22,22%)	0 (0%)	4 (30,76%)	0 (0%)	2 (40%)	
	Episódios isolados	1 (33,33%)	1 (11,11%)	1 (50%)	2 (15,38%)	1 (50%)	2 (40%)	
Histórico familiar	Sim	0 (0%)	3 (33,33%)	0 (0%)	6 (46,15%)	0 (0%)	3 (60%)	0,32
	Não	3 (100%)	6 (66,66%)	2 (100%)	7 (53,84%)	2 (100%)	2 (40%)	
Resistência na hora de ir para cama	Sim	1 (33,33%)	3 (33,33%)	0 (0%)	5 (38,46%)	1 (50%)	4 (80%)	0,42
	Não	2 (66,66%)	6 (66,66%)	2 (100%)	8 (61,53%)	1 (50%)	1 (20%)	
	Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15,38%)	0 (0%)	1 (20%)	0,69

(Continua)

(Continuação)

Enurese noturna	Não	3 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	11 (84,61%)	2 (100%)	4 (80%)
Fala enquanto dorme	Sim	0 (0%)	2 (22,22%)	0 (0%)	4 (30,76%)	0 (0%)	1 (20%)
	Não	3 (100%)	7 (77,77%)	2 (100%)	9 (69,23%)	2 (100%)	4 (80%)
Acorda suando/gritando	Sim	0 (0%)	2 (22,22%)	0 (0%)	6 (46,15%)	0 (0%)	1 (20%)
	Não	3 (100%)	7 (77,77%)	2 (100%)	7 (53,84%)	2 (100%)	4 (80%)
Dores faciais	Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7, 69%)	0 (0%)	1 (20%)
	Não	3 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	12 (92,30%)	2 (100%)	4 (80%)

Das nove crianças que faziam somente o uso de mamadeira, três apresentaram bruxismo cêntrico (33,33%) e duas apresentaram bruxismo excêntrico (22,22%). Em um caso o bruxismo ocorria durante o dia (11,11%) e em dois casos, ocorria nos períodos diurno e noturno (22,22%). Além disso, acontecia três vezes ou mais por semana, em dois casos (22,22%) e em episódios isolados em um caso (11,11%) e apenas uma criança apresentava resistência para dormir. Não foi observada a associação entre o bruxismo e o uso de mamadeira, resultado que também foi encontrado por Simões-Zenari e Bitar (2010).

Das duas crianças que realizavam somente a sucção digital, nenhuma apresentou bruxismo excêntrico e uma apresentou bruxismo cêntrico (50%), na qual o bruxismo ocorria nos períodos diurno e noturno (50%), com episódios isolados (50%).

Com relação as 13 crianças que faziam uso conjunto de mamadeira e chupeta, duas apresentaram bruxismo cêntrico (15,38%) e sete, bruxismo excêntrico (53,84%). Seis crianças realizavam o bruxismo durante a noite (46,15%), duas realizavam durante o dia (15,38%) e uma em ambos os períodos (7,69%). Em quatro, a frequência era de três vezes ou mais por semana (30,76%), em três ocorria uma vez por semana (23,07%) e em duas, episódios isolados (15,38%). Seis crianças tinham histórico familiar de bruxismo (46,15%), cinco apresentavam resistência na hora de ir para cama (38,46%), duas apresentavam enurese (15,38%), e, quatro falavam enquanto dormiam (30,76%).

Na presente pesquisa, não se encontrou nenhum caso em que a criança realizasse os hábitos de sucção de chupeta e bruxismo em associação, porém Gonçalves, Toledo e Otero (2010), encontraram em pesquisa, prevalência de 43% de bruxismo, 53% de hábitos orais deletérios, e relação estatisticamente significativa somente entre a sucção de chupeta e o bruxismo. A onicofagia foi o mais prevalente, com 35%, seguido dos hábitos de mordida e por último os hábitos de sucção.

Pôde-se perceber que algumas associações de hábitos, tornam maior a chance da ocorrência de bruxismo. Desse modo, houve a maior associação de hábitos de sucção de mamadeira e de chupeta, os quais também foram vistos no estudo de Zapata et al. (2010), em que se encontrou 53,73% das crianças com presença simultânea destes hábitos, posteriormente, se deparou com 26,8% de o uso de mamadeira e onicofagia.

Zapata et al. (2010) ainda encontrou que, 23,13% faziam o uso de mamadeira e possuíam bruxismo, e, 12,6% faziam o uso de mamadeira, chupeta e tinham bruxismo. Já em presente pesquisa, notou-se a associação entre uso de mamadeira com bruxismo cêntrico em

33,33%, e 22,22% com bruxismo excêntrico. O uso associado de mamadeira, chupeta com bruxismo cêntrico em 15,38%, e com bruxismo excêntrico 53,84%.

Nenhuma criança que fazia uso conjunto de mamadeira e sucção digital tinha bruxismo cêntrico e apenas uma tinha bruxismo excêntrico (50%), o qual ocorria durante a noite, com episódios isolados e apresentava resistência na hora de ir para cama.

Das cinco crianças que faziam uso de mamadeira, realizavam sucção digital e uso de chupeta em conjunto, uma tinha bruxismo cêntrico (20%) e quatro tinham bruxismo excêntrico (80%). O período de ocorrência era noturno em todos os casos, e em dois, aconteciam três vezes ou mais por semana (40%), sendo que nos outros dois, eram episódios isolados (40%). Três crianças tinham histórico familiar de bruxismo (60%), quatro apresentavam resistência na hora de ir para cama (80%), uma apresentava enurese (20%) e falava enquanto dormia (20%).

Leite-Cavalcanti, Bezerra-Medeiros e Moura (2007), ao analisarem o número de hábitos orais presentes por criança, verificaram que 79,3% apresentavam um único tipo, 17,1% possuíam dois diferentes hábitos e 3,6% tinham três tipos de hábitos orais diferentes. Entretanto, nesta pesquisa mostra-se evidente que quanto maior a quantidade de hábitos associados, maior a ocorrência de bruxismo nestas crianças, porém não se constatou significância estatística entre cada hábito de sucção e o bruxismo.

A tabela 5 relaciona as variáveis do bruxismo com o hábito de onicofagia.

Tabela 5 – Relação entre onicofagia e o bruxismo.

		Com onicofagia	Sem onicofagia	p
Bruxismo cêntrico	Sim	4 (33,33%)	4 (11,76%)	0,31
	Não	8 (66,66%)	18 (69,23%)	
Bruxismo excêntrico	Sim	6 (50%)	8 (36,36%)	0,44
	Não	6 (50%)	14 (63,63%)	
Período de ocorrência	Sem hábito	5 (41,66%)	10 (83,33%)	0,52
	Diurno	0 (0%)	3 (13,63%)	
	Noturno	5 (41,66%)	7 (31,81%)	
	Ambos	2 (16,66%)	2 (16,66%)	
Frequência de ocorrência do hábito de bruxismo	Sem hábito	5 (41,66%)	10 (83,33%)	0,20
	1 vez por semana	0 (0%)	3 (13,63%)	
	3 vezes ou mais por semana	5 (41,66%)	3 (13,63%)	
	Episódios isolados	2 (16,66%)	6 (27,27%)	
Histórico familiar	Sim	5 (41,66%)	7 (31,81%)	0,56
	Não	7 (58,33%)	15 (68,18%)	
Resistencia na hora de ir para cama	Sim	6 (50%)	8 (36,36%)	0,44
	Não	6 (50%)	14 (63,63%)	
Enurese noturna	Sim	1 (8,33%)	2 (9,09%)	0,94
	Não	11 (91,66%)	20 (90,90%)	
Fala enquanto dorme	Sim	2 (16,66%)	5 (22,72%)	0,67
	Não	10 (83,33%)	17 (77,27%)	
Acorda suando/gritando	Sim	3 (8,82%)	6 (27,27%)	0,88
	Não	9 (40,90%)	16 (72,72%)	
Dores faciais	Sim	0 (0%)	2 (9,09%)	0,28
	Não	12 (100%)	20 (90,90%)	

Com relação a onicofagia e o bruxismo, das 12 crianças que apresentavam onicofagia, quatro tinham bruxismo cêntrico (33,33%) e seis tinham bruxismo excêntrico (50%). A ocorrência do bruxismo, em cinco crianças era noturno (41,66%) e em duas, em ambos os

períodos (16,66%). Em cinco casos, a frequência era de três vezes ou mais por semana (41,66%) e nos outros dois casos, em episódios isolados (16,66%). Cinco crianças tinham histórico familiar de bruxismo (41,66%), seis apresentavam resistência na hora de ir para cama (50%), uma apresentava enurese (8,33%), duas falavam enquanto dormiam (16,66%), 3 acordavam suando/gritando (8,82%).

Das crianças sem onicofagia, quatro tinham bruxismo cêntrico (11,76%) e oito tinham bruxismo excêntrico (36,36%). Sete crianças tinham bruxismo noturno (31,81%), três tinham diurno (13,63%) e duas apresentavam em ambos os períodos (16,66%). Em seis casos, ocorriam episódios isolados (27,27%), em três ocorriam uma vez por semana (13,63%) e outras três, ocorriam três vezes ou mais por semana (13,63%). Sete crianças tinham histórico familiar de bruxismo (31,81%), oito resistiam na hora de ir para cama (36,36%), duas apresentavam enurese (9,09%), cinco falavam enquanto dormiam (22,72%), seis acordavam suando/gritando (27,27%) e duas apresentavam dores faciais (9,09%).

Na presente pesquisa, encontrou-se um elevado número de crianças com associação destes hábitos, entretanto não houve significância estatística. Do mesmo modo, Shinkai et al. (1998), não encontraram correlação entre a onicofagia e o bruxismo, igualmente como Gonçalves, Toledo e Otero (2010), que apesar de encontrarem a prevalência do hábito de onicofagia, não houve relação estatística com o bruxismo.

Em contrapartida, Simões – Zenari e Bitar (2010) observaram vários aspectos com maior ocorrência nas crianças com bruxismo, dentre eles a onicofagia (53%), que neste caso, constatou-se associação entre bruxismo e onicofagia.

A tabela 6 trata da relação entre hábitos de morder e as variáveis do bruxismo.

Tabela 6 – Relação entre hábitos de morder e o bruxismo.

		Com hábitos de morder	Sem hábitos de morder	p
Bruxismo cêntrico	Sim	3 (23,07%)	5 (23,80%)	0,96
	Não	10 (76,92%)	16 (76,19%)	
Bruxismo excêntrico	Sim	6 (46,15%)	8 (38,09%)	0,64
	Não	7 (53,84%)	13 (61,90%)	
Período de ocorrência	Sem hábito	6 (46,15%)	9 (42,85%)	0,23
	Diurno	0 (0%)	3 (14,28%)	
	Noturno	4 (30,76%)	8 (38,09%)	
	Ambos	3 (23,07%)	1 (4,76%)	
Frequência de ocorrência do hábito de bruxismo	Sem hábito	6 (46,15%)	9 (42,85%)	0,50
	1 vez por semana	0 (0%)	3 (14,28%)	
	3 vezes ou mais por semana	4 (30,76%)	4 (19,04%)	
	Episódios isolados	3 (23,07%)	5 (23,80%)	
Histórico familiar	Sim	6 (46,15%)	6 (28,57%)	0,29
	Não	7 (53,84%)	15 (71,42%)	
Resistência na hora de ir para cama	Sim	5 (38,46%)	9 (42,85%)	0,80
	Não	8 (61,53%)	12 (57,14%)	
Enurese noturna	Sim	0 (0%)	3 (14,28%)	0,07
	Não	13 (100%)	18 (85,71%)	
Fala enquanto dorme	Sim	4 (30,76%)	3 (14,28%)	0,24
	Não	9 (69,23%)	18 (85,71%)	
Acorda suando/gritando	Sim	4 (30,76%)	5 (23,80%)	0,65
	Não	9 (69,23%)	16 (76,19%)	
Dores faciais	Sim	2 (15,38%)	0 (0%)	0,04*
	Não	11 (84,61%)	21** (100%)	

(*) significância pelo teste Qui-quadrado, (**) significância pela análise de resíduos.

Com relação aos hábitos de morder e o bruxismo, as 13 crianças que possuíam hábitos de morder, três apresentavam bruxismo cêntrico (23,07%) e seis, bruxismo excêntrico (46,15%). O período de ocorrência do bruxismo acontecia em quatro casos durante a noite

(30,76%), em três casos em ambos os períodos (23,07%). A frequência era de 3 vezes ou mais por semana em quatro casos (30,76%) e episódios isolados em três casos (23,07%). Seis crianças apresentavam histórico familiar de bruxismo (46,15%), cinco resistiam na hora de ir para cama (38,46%), quatro falavam enquanto dormiam (30,76%) e também acordavam suando/gritando (30,76%), e duas apresentavam dores faciais (15,38%).

Das 21 crianças que não tinham hábitos de morder, cinco apresentavam bruxismo cêntrico (23,80%) e oito apresentavam bruxismo excêntrico (38,09%). O período de ocorrência do bruxismo acontecia em oito casos durante a noite (38,09%), em três casos durante o dia (14,28%), e em um caso ocorria ambos os períodos (4,76%). A frequência era de episódios isolados em cinco casos (23,80%), 3 vezes ou mais por semana em quatro casos (19,04%) e uma vez por semana em três casos (14,28%). Seis crianças tinham histórico familiar de bruxismo (28,57%), nove resistiam na hora de ir para cama (42,85%), três apresentavam enurese (14,28%), três falavam enquanto dormiam (14,28%) e cinco acordavam suando/gritando (23,80%).

Houve diferença significativa entre dores faciais e hábitos de morder, uma vez que somente as crianças sem hábitos de morder não apresentaram dores faciais.

Soares et al. (2004) encontrou resultado distinto deste, em que buscaram comparar o desempenho da mastigação em 42 sujeitos com e sem bruxismo, e destes, 24 apresentaram bruxismo. Nessa pesquisa, ambos os grupos de controle e de pesquisa, não referiram dor ou cansaço após a mastigação e não houve a associação da ocorrência de bruxismo com fadiga muscular para mastigação, porém mostrou-se, de forma mais acentuada, uma diferença com relação à dor, sendo maior no grupo com bruxismo.

Gonçalves e Toledo (2010), encontraram que o bruxismo pode ser associado às disfunções crânio mandibulares, incluindo dor de cabeça, disfunção temporomandibular (DTM), dor muscular, perda precoce de dentes devido à atrição excessiva e mobilidade, além da interrupção do sono do indivíduo.

Concordando com o atual estudo, Sousa (2004) encontrou que dentre os hábitos orais deletérios em jovens, os hábitos de morder em particular, predispõem a ocorrência de alterações neuromusculares, devido à função atípica realizada pela musculatura envolvida, ocasionando fadiga e dores na face.

4. CONCLUSÃO

Com a realização desta pesquisa pode-se verificar a ocorrência do bruxismo em crianças com e sem hábitos orais deletérios. Encontrou-se que, a grande maioria das crianças possuíam algum tipo de hábito de sucção, seguido de bruxismo, com prevalência do excêntrico, hábitos de morder, e, com menos ocorrência, onicofagia.

As crianças que realizavam hábitos de sucção apresentaram predomínio do bruxismo excêntrico, já as que não possuíam hábitos, se teve a preponderância do bruxismo cêntrico. Apesar disto, não se encontrou relevância estatística entre hábitos de sucção e o bruxismo.

Algumas associações de hábitos tornaram maior a chance da ocorrência de bruxismo, como na associação de uso de mamadeira e chupeta e na associação de uso de mamadeira, sucção digital e uso de chupeta, em ambas associações, houve predomínio do bruxismo excêntrico.

Com relação a onicofagia e o bruxismo, se encontrou resultados semelhantes das crianças com e sem o hábito quanto ao bruxismo cêntrico, porém houve maior quantidade de crianças com onicofagia que possuíam o bruxismo excêntrico das que não possuíam o hábito. Apesar do elevado número de crianças com associação destes hábitos, não se obteve significância estatística.

Com relação aos hábitos de morder e o bruxismo, verificou-se maior ocorrência do bruxismo excêntrico nas crianças com e sem hábitos de morder, e constatou-se diferença significativa na relação entre dores faciais e hábitos de morder, em que crianças com que possuíam hábitos de morder foram as únicas a apresentar dores na face.

Conclui-se que devido à elevada ocorrência de bruxismo e hábitos orais deletérios torna-se importante o desenvolvimento de ações conjunta de profissionais da área da saúde junto às crianças, famílias e instituições, muito além de tratamento desses hábitos, buscando realizar atividades de promoção de saúde, enfatizando os prejuízos e as consequências da realização dos hábitos orais deletérios. Também recomendamos que o estudo seja continuado para que um maior número de questionários seja estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, P. M. G. M. **Uma visão atual do bruxismo infantil**. Especialização em Ortodontia. Instituto de Ciências da Saúde Funorte/Soebrás, Poços de Caldas, 2014.
- BACCI, A. V. F.; CARDOSO, C. L. C.; DIAZ, K. V. S. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, 2012.
- BECKER, C. Contribuição ao estudo dos fatores etiológicos associados ao bruxismo infantil. TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Odontologia, 2014.
- BERTOLDI, P.M.; FELÍCIO, C.M.; MATSUMOTO, M.A.N. Efeito da interceptação precoce dos hábitos orais no desenvolvimento da oclusão. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v.17, n.1, p.37-45, jan/abr, 2005.
- BEZERRA, P.K.M. et al. Maloclusões, tipos de aleitamento e hábitos bucais deletérios em pré-escolares - um estudo de associação. **Pesq Bras Odontoped ClinIntegr**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 267-274, set/dez, 2005.
- BLANCO-DUTRA, Ana Paula et al. Escolaridade materna e ocorrência de hábitos orais deletérios em escolares. **Revista Extensão e Sociedade**, v. 2, n. 3, 2011.
- BOECK, E. M. et al. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. **Ver Odontol UNES**, v.42, n.2, p.110-116, 2013.
- CAMACHO, G. B.; MARTINEZ, L. S.; COSTA, S. S. D.; KOHLRAUSCH, S. Bruxismo: uma experiência com pacientes. *Rev.* 2013.
- CASTELO, P.M. et al. Relationship between oral parafunctional nutritive sucking habits and temporomandibular joint dysfunction nutritive in primary dentition. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Piracicaba, v.15, n.1, p.29-36., jan., 2005.
- CAVAGGIONI, G; ROMANO, F. Pysicodynamics of onychophagists. **Eat weight Disord.**, n.8, p.62-7, 2003.
- CAVALCANTI, A.L.; BEZERRA, P. K. M.; MOURA, C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos e maloclusões em pré-escolares. **Ver salud pública**, Bogotá, v. 9, n.2, p.194-204, abr/jun, 2007.
- RESOLUÇÃO CFFa, nº 320. **Conselho Federal de Fonoaudiologia**. fev, 2006.
- CUNALI, R. S. Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 4, 2012.
- DALANORA, A et al. Destruição das falanges provocada por onicofagia. **An Bras. Dermatol.**, v.82, n.5, set/out, 2007.
- DEGAN, V. V.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 17, n. 3, p. 375-382, set/dez, 2005.
- DINIZ, M. B.; SILVA, R. C.; ZUANON, A. C. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, 2009.
- FELÍCIO, C. M. de. Desenvolvimento Normal das Funções Estomatognáticas. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010. Cap. 3.
- FERREIRA, F. V. et al. Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. **Rev Sul-Bras Odontol.**, Santa Maria, v.7, n. 1, p.35-40, mar, 2010.
- FRANÇA, M. L. C. et al. Eficácia de um programa de saúde bucal para crianças no setor público. **Journal of Applied Oral Science**, São Paulo, v. 42, n.4., ago, 2008.

GALVAO, A. C. U. R.; MENEZES, S. F. L.; NEMR, K. Correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4:00 a 6:00 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus – AM. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 328-336, jul/set, 2006.

GIMENES, M. C. M. Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos. jan, 2008.

GÓES, M. P. S. et al. Persistência de hábitos de sucção não nutritiva: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n.3, p.247-257, jul/set, 2013

GONCALVES, L. P. V.; TOLEDO, O. A.; OTERO, S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press J. Orthod.**, v.15, n.2, 2010.

GONELLA, S. et al. Prevalência de Hábitos Bucais Deletérios em escolares da rede Estadual Boa Vista – RR. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**. v.8, n.2, 2012.

GRANJA, L. F. S. Desenvolvimento do sistema estomatognático na infância. In: SILVA, H. J.; CUNHA, D. A. (Org.) **O sistema estomatognático: anatomofisiologia e desenvolvimento**. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2011.

LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 9, n. 2, p. 194-204, abr. 2007.

LOPES, F.F.; OLIVEIRA, A.E.F. Bruxismo do sono e sua associação com distúrbios do sono em policiais. **Cienc. Odontol. Bras.**, v.12, n.1, p. 31-6, 2009.

MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.13, n. 2, p. 18-22, mar/abr, 2008.

MACIEL, R. N. **Bruxismo**. São Paulo: Artes médicas, 2010.

MIOTTO, M. H. M. B. et al. Prevalência de mordida aberta anterior associada a hábitos orais deletérios em crianças de 3 a 5 anos de Vitória, ES. **Rev. CEFAC**, v.16, n.4, p.1303-1310, jul/ago, 2014.

MERIGHI, L. B. M. et al. Ocorrência de disfunção temporomandibular e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de Monte Negro – RO. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.9, n.4, p. 497-503, out/dez, 2007.

MONTEIRO, V. R.; BRESOVICI, S. M.; DELGADO, S. E. A ocorrência de ceceio em crianças de 8 a 11 anos em escolas municipais. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2009.

NAHÁS-SCOCATE et al. Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.66, n.1, p. 18-22, 2012.

PIZZOL, K. E. D. C. et al. Influência do ambiente familiar e da condição socioeconômica na introdução e na manutenção de hábito de sucção não nutritiva. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara. v.40, n.6, p.296-303, nov/dez, 2011.

RODRIGUES, C. K. et al. Bruxismo: uma revisão da literatura. **Publicatio UEPG**, v. 12, n.3, p. 13-21, 2006.

SERAIDARIAN, P. I.; ASSUNÇÃO, Z. L. V.; JACOB, M. F. Bruxismo: Uma Atualização dos Conceitos, Etiologia, Prevalência e Gerenciamento. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, v.1, n.4, 2001.

SERRA.NEGRA, J. M. C. et al. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção desses hábitos? **Rev. Odontol. Ciência**, v. 21, abr/jun, 2006.

SILVA, E. L. Hábitos bucais deletérios. **Revista Paranaense de Medicina**, Curitiba, v.20, n.2, p. 47-50, abr/jun, 2006.

SILVÉRIO, K. C. A. et al. Relação de escolaridade, faixa etária e profissão de mães com a oferta de chupeta e mamadeira a seus filhos. **Rev. CEFAC**, v.14, n.4, p.610-615, jul/ago, 2012.

SIMOES-ZENARI, M.; BITAR, M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 22, n. 4, p. 465-472, dec, 2010

SOARES et al. Bruxismo: desempenho da mastigação em adultos jovens. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.6, n.4, p.358-62, out/dez, 2004.

SOUSA, M.A. Estudo eletromiográfico comparativo dos músculos masseter, temporal e orbicular da boca entre jovens com maloclusão classe I, 1ª divisão e com oclusão normal **Dissertação**. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Mestrado em Ortodontia, 2004.

SOUZA, K. M.; SILVA, J. W. G.; LEMOS, A. D.; LINS, R. D. A. U. Bruxismo infantil: prevalência, etiologia, diagnóstico e tratamento – uma abordagem literária. **Orthodontic Science and Practice**, v. 3, p. 145-9, 2013.

SOUZA, D.F.R.K.; VALLE, M.A.S; PACHECO, M.C.T. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v.11, n.6, p.81-90, nov/dez, 2006.

TRAWITZKI, L.V.V. et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores bucais. **Ver Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v.71, n.6, p.747-751, nov/dez, 2005.

ZAMBRA, R. E. F.; RODRIGUEZ, C. Bruxismo. **Av Odontoestomatol**, v.19 n.3. p. 123-130, 2003.

ZAPATA, M. et al. Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. **Rev. CEFAC**, v.12, n.2, p.267-27, mar/abr, 2010.

ANEXO I - Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correlações entre alterações de motricidade orofacial e fala e hábitos orais deletérios em crianças.

Pesquisador: Fabiane Miron Stefani

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26493614.5.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 745.417

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

Se trata de um projeto de TCC de Fonoaudiologia, será um estudo quantitativo transversal analítico, realizado com crianças de 2 a 12 anos de idade, que tenham hábitos orais deletérios do tipo: chupeta, sucção de dedo, sucção de mamadeira e sucção de língua e/ou lábios, atendidas na Clínica da Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Para estas participarem, os pais deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e reponderão ao questionário. A avaliação será feita com o protocolo de motricidade orofacial MBGR(2013). A avaliação será filmada e analisada estatisticamente pelo software SPSS Statistics 22.0.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se os hábitos orais deletérios de sucção podem alterar a motricidade orofacial, funções estomatognáticas e produção da fala de crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos apresentados referem-se às avaliações de mastigação e deglutição, onde a criança pode apresentar engasgos. Por este motivo, as quantidades oferecidas são mensuradas e padronizadas

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

para evitar a ingestão exagerada de pão e líquidos."

Benefícios: "Todas as crianças receberão avaliação completa odontológica e fonoaudiológica, sendo que aquelas que forem diagnosticadas com alterações fonoaudiológicas, receberão atendimento na clínica de fonoaudiologia da UFSC."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No projeto faltaram itens obrigatórios segundo a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 como: apresentação das providências para evitar/reduzir danos, esclarecimento sobre assistência ao participante, garantia de recebimento de uma via do TCLE, explicitação de garantia de ressarcimento/indenização. Não consta dos documentos cadastrados no processo junto ao CEPISH: declaração de anuência da instituição onde será desenvolvida a pesquisa, no caso a Clínica de Odontopediatria da UFSC. No cronograma deve constar o período de análise do projeto junto ao CEPISH/UFSC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na versão anterior do protocolo submetido para submissão foram solicitados os seguintes itens: No TCLE deveria estar claro em sua metodologia que serão questionados dados sócio-econômicos.

No TCLE faltaram itens obrigatórios segundo a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 como: apresentação das providências para evitar/reduzir danos, esclarecimento sobre assistência ao participante, garantia de recebimento de uma via do TCLE, explicitação de garantia de ressarcimento/indenização, declaração da pesquisadora responsável, que o projeto foi avaliado e aprovado pelo CEPISH/UFSC, contato telefônico e eletrônico, além de endereço, tanto das pesquisadoras, quanto do CEPISH/UFSC, além das assinaturas estarem na mesma folha. Essas inadequações foram sanadas na versão atual. Não se faz necessário o Termo de Assentimento da criança, pois os participantes terão entre 4 e 6 anos, ainda não alfabetizados. Porém deve ficar claro, tanto no projeto quanto no TCLE dos pais/responsável, que a criança pode se negar a participar ou desistir a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo a ela.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 745.417

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluimos recomendando a aprovação do presente estudo, uma vez que as demandas exigidas pelo sistema CEP-CONEP foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9896 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS
FONOAUDIOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seu filho está sendo convidado a participar da Pesquisa “Ocorrência de bruxismo em crianças com hábitos orais deletérios”, que tem como objetivo verificar o acontecimento de bruxismo em crianças com hábitos orais deletérios. Inicialmente serão levantados dados socioeconômicos tais como emprego, renda e escolaridade da família. Posteriormente você responderá um questionário sobre hábitos de sucção e de morder, se recebeu orientação sobre o uso de mamadeira, chupeta e sucção digital (chupar dedo), início e término dos hábitos, formato e material do bico da mamadeira e chupeta utilizados, quais os dedos e como era realizada a sucção digital. Se a criança realiza onicofagia (roer unha), quais os dedos e com quais dentes realiza o hábito, tempo de hábito, morde objetos, mucosa oral e lábios.

Além disso, responderá sobre a presença de bruxismo, período, frequência, presença de bruxismo na família, ingestão de alimento e bebida ácida, presença de refluxo gastroesofágico, se a criança tem resistência na hora de ir para cama, vai para outra cama durante a noite, molha a cama durante a noite, fala durante o sono, acorda suando/gritando e se tem dores faciais.

Esta pesquisa não prevê ressarcimento, uma vez que os responsáveis irão responder o questionário em uma das consultas habituais da criança à Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Como benefício, você e seu filho receberão informações sobre as alterações que os hábitos orais deletérios podem causar nos desenvolvimentos dos dentes e musculatura da face e algumas sugestões para ajudar a criança a parar com esses hábitos. Além disso, a Clínica de Fonoaudiologia da UFSC se responsabilizará pelo atendimento às crianças que apresentarem alterações fonoaudiológicas.

A participação nesta pesquisa é voluntária, podendo desistir a qualquer momento tanto o responsável como a criança, sem prejuízo ao seu tratamento em nenhuma instância desta faculdade. Ressaltando que será mantido total sigilo sobre a identidade do participante e sua família.

O participante e sua família receberão uma cópia deste termo, para que possa entrar em contato com as pesquisadoras quando necessário. Este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética.

Eu, _____, RG _____,
na _____ qualidade _____ de _____ do _____ menor
_____, autorizo a participação nesta pesquisa
e declaro estar recebendo uma cópia deste documento.

Assinatura do Responsável

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

Profa. Dra. Fabiane Miron Stefani
Fabiane.stefani@ufsc.br

Av. Desembargador Vitor Lima, 222, Trindade, Florianópolis
(48)3721-6111
CEPSH/UFSC
cep.propesq@contato.ufsc.br
(48) 3721-9206

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Data: ____/____/____

DADOS GERAIS

Nome do paciente: _____

Sexo: F()M () Idade: _____anos Data de Nascimento:
____/____/____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Endereço _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefones: _____

Escolaridade: _____

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA PREGRESSA

Dados relevantes (gestação/parto/período peri e pós-natal/desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico)

Tratamento odontológico () não () sim

Queixas relacionadas à:

() audição_____

() voz_____

() fala () distorce () omite () substitui () outra

Problemas relacionados à aprendizagem escolar: () não () sim

Realiza atividade física () não () sim

1. Renda Familiar

() Nenhuma renda.

() Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00).

() De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 724,01 até R\$ 2.172,00).

() De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.172,01 até R\$ 4.344,00).

() De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.344,01 até R\$ 6.516,00).

() De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.516,01 até R\$ 8.688,00).

2. Quantos filhos você tem? R:_____

Este é o 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () () _____

Idade e sexo dos outros filhos:_____

3. A gravidez foi planejada?() sim () não () não sei

4. Escolaridade da mãe:() analfabeta () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau completo

5. Atualmente a mãe trabalha fora?() sim () não – Pule para a 7

6. Qual o horário de trabalho da mãe?

☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

☐ manhã / tarde ☐ manhã / noite ☐ tarde / noite

☐ manhã / tarde / noite

7. Escolaridade do pai: ☐ analfabeto ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo ☐ 3º grau completo

8. Atualmente o pai trabalha fora? ☐ sim ☐ não – Pule para a 10

9. Qual o horário de trabalho do pai?

☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

☐ manhã / tarde ☐ manhã / noite ☐ tarde / noite

☐ manhã / tarde / noite

10. A criança vai para escola/creche? ☐ sim ☐ não – Pule para a 12

11. Que período? ☐ manhã ☐ tarde ☐ manhã / tarde ☐ outro

12. Quem fica com a criança enquanto ela está em casa? ☐ mãe ☐ pai ☐ avó ou avô ☐ babá

☐ vizinho ☐ a criança fica sozinha ☐ outro _____

SOBRE A AMAMENTAÇÃO.....

13. Você amamentou seu filho? ☐ sim ☐ não – Pule para a 21

14. Quando você começou a dar o peito? ☐ logo ao nascimento ☐ até 1 mês de idade ☐ entre 1 e 3 meses de idade ☐ outro _____

15. Por quanto tempo o seu filho RECEBEU EXCLUSIVAMENTE o leite materno? Isto é, até quando a criança recebeu somente o leite do peito, sem água, chá, leite em pó ou suco? R: _____

☐ até 1 mês de idade ☐ entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ mais de 1 ano de idade

16. Até quando você deu o peito? R:_____

☐ até 1 mês de idade ☐ entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ entre 1 e 2 anos de idade ☐ entre 2 e 3 anos de idade

☐ mais de 3 anos de idade

17. Por que você parou de dar o peito?

☐ não se aplica. A criança ainda mama no peito

☐ a criança não quis mais ☐ voltei a trabalhar

☐ acabou o leite ☐ o leite era fraco

☐ o pediatra orientou ☐ o dentista orientou

☐ familiares e amigos orientaram ☐ eu achei que era melhor

☐ outro _____

18. A criança ainda mama no peito? ☐ sim ☐ não

19. Em que momentos a criança mama (mamava)?

☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

☐ manhã / tarde ☐ manhã / noite ☐ tarde / noite

☐ manhã / tarde / noite

20. Por que motivos a criança mama (mamava)?

☐ sem motivo aparente ☐ em momentos de aborrecimento/nervosismo

☐ para dormir ☐ vendo televisão

☐ fome ☐ _____

SOBRE A MAMADEIRA.....

21. Você adquiriu mamadeira no enxoval do bebê?() sim () não

22. Você ganhou a mamadeira?() sim () não **De quem?**

23. Você levou mamadeira para maternidade?() sim () não

24. Você recebeu orientação sobre uso da mamadeira? () sim () não – Pule para a 26

25. De quem? () médico () dentista () familiares e amigos () outros

26. A criança usa ou usou mamadeira?() sim () não – Pule para a 38

27. Por que a criança começou a usar mamadeira?

() a criança não quis mais o peito () voltei a trabalhar

() acabou o leite () o leite era fraco

() o pediatra orientou () o dentista orientou

() familiares e amigos orientaram () eu achei que era melhor

() é normal a criança usar () meu(s) outro(s) filho(s) também usam

() para tranquilizar a criança () nascimento de irmã/irmão

() separação dos pais () período de tensão em casa

() fome () _____

28. No início, o que você colocava na mamadeira?

() só leite materno () leite outros () leite e açúcar

() leite e espessante () leite e espessante com açúcar

() leite e achocolatado () leite e achocolatado com açúcar

() chá () suco () refrigerante () água

☐ outro _____

29. A partir de que idade você começou a dar a mamadeira? R: _____

☐ desde o nascimento ☐ entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ após 1 ano de idade ☐ _____

30. Até que idade? R: _____

☐ até 1 mês de idade ☐ entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ entre 1 e 2 anos de idade ☐ entre 2 e 3 anos de idade

☐ entre 3 e 4 anos de idade ☐ entre 4 e 5 anos de idade

☐ mais de 5 anos de idade ☐ _____

31. Atualmente, ou pouco antes da criança parar, o que você colocava na mamadeira?

☐ só leite materno ☐ leite outros ☐ leite e açúcar

☐ leite e espessante ☐ leite e espessante com açúcar

☐ leite e achocolatado ☐ leite e achocolatado com açúcar

☐ chá ☐ suco ☐ refrigerante ☐ água

☐ outro _____

32. Por que a criança parou de usar a mamadeira?

☐ não se aplica. A criança ainda usa a mamadeira

☐ a criança não quis mais ☐ a criança foi para a escola/creche

☐ a mãe não quis mais oferecer ☐ o cuidador não quis mais oferecer

☐ o pediatra orientou ☐ o dentista orientou

☐ familiares e amigos orientaram ☐ eu achei que era melhor

☐ outro _____

33. A criança ainda usa mamadeira? ☐ sim ☐ não

34. Qual é (era) o formato do bico?

☐ ortodôntico

☐ convencional



35. Qual é (era) o material do bico da mamadeira? ☐ silicone (transparente) ☐ borracha (amarela)

36. Quais fatores você considera (considerava) na compra da mamadeira? Pode assinalar mais de 1 alternativa.

☐ tamanho e forma ☐ marca ☐ beleza ☐ preço ☐

outros _____

37. Em que momentos a criança toma (tomava) a mamadeira?

☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

☐ manhã / tarde ☐ manhã / noite ☐ tarde / noite

☐ manhã / tarde / noite

38. Por que motivos a criança toma (tomava) a mamadeira?

☐ sem motivo aparente ☐ em momentos de aborrecimento/nervosismo

☐ para dormir ☐ vendo televisão

☐ fome ☐ _____

SOBRE A CHUPETA.....

39. Você adquiriu chupeta no enxoval do bebê? ☐ sim ☐ não— Pule para a 41

40. Ganhou a chupeta? ☐ sim ☐ não **De quem? R:** _____

41. Quantas? () 1 () 2 () mais de 2

42. Você levou a chupeta para a maternidade? () sim () não

43. Você recebeu orientação sobre o uso da chupeta? () sim () não – Pule para a 45

44. De quem? () médico () dentista () familiares e amigos () outros

45. A criança usa ou usou chupeta? () sim () não – Pule para a 61

46. Quem deu a chupeta pela primeira vez para a criança?

() mãe () pai () mãe e pai () avós () babá ()

outros _____

47. Por que a criança começou a usar chupeta?

() o pediatra orientou () o dentista orientou

() familiares e amigos orientaram () eu achei que era melhor

() é normal a criança usar () meu(s) outro(s) filho(s) também usam

() para tranquilizar a criança () nascimento de irmã/irmão

() separação dos pais () período de tensão em casa

() para trocar o hábito de chupar dedo

() outro _____

48. Com que idade a criança começou a usar a chupeta? R: _____

() desde o nascimento () entre 1 e 3 meses de idade

() entre 3 e 6 meses de idade () entre 6 meses e 1 ano de idade

() após 1 ano de idade () _____

49. Até que idade a criança usou a chupeta? R: _____

() até 1 mês de idade () entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ entre 1 e 2 anos de idade ☐ entre 2 e 3 anos de idade

☐ entre 3 e 4 anos de idade ☐ entre 4 e 5 anos de idade

☐ mais de 5 anos de idade ☐ _____

50. Por que a criança parou de usar a chupeta?

☐ não se aplica. A criança ainda usa a chupeta

☐ a criança não quis mais ☐ a criança foi para a escola/creche

☐ a mãe não quis mais oferecer ☐ o cuidador não quis mais oferecer

☐ o pediatra orientou ☐ o dentista orientou

☐ familiares e amigos orientaram ☐ eu achei que era melhor

☐ outro _____

51. A criança usa chupeta agora? ☐ sim ☐ não

52. Quantas chupetas a criança tem (tinha)? ☐ 1 ☐ 2 ☐ mais de 2

53. Você costuma (costumava) molhar a chupeta em alguma substância?

☐ sim _____ ☐ não

54. Qual é (era) o formato do bico da chupeta?

☐ convencional

☐ ortodôntica



55. Qual é (era) o material do bico da chupeta? ☐ silicone (transparente) ☐ borracha (amarela)

56. Quais fatores você considera (considerava) na compra da chupeta? Pode assinalar mais de 1 alternativa. () tamanho e forma () marca () beleza () preço ()

outros _____

57. Em que momentos a criança usa (usava) a chupeta?

() manhã () tarde () noite

() manhã / tarde () manhã / noite () tarde / noite

() manhã / tarde / noite

58. Por que motivos a criança usa (usava) a chupeta?

() sem motivo aparente () em momentos de aborrecimento/nervosismo

() para dormir () vendo televisão

() depois da amamentação () quando esta com fome

() _____

59. Onde a criança usa (usava) a chupeta?

() na creche/escola () só em casa () na creche/escola e em casa

60. Como é (era) o hábito de sucção da chupeta?

() fica chupando sempre () chupa as vezes () só apoia na boca

SOBRE O DEDO....

61. Você recebeu orientação sobre o hábito de chupar dedo? () sim () não – Pule para a 63

62. De quem? () médico () dentista () familiares e amigos () outros

63. A criança chupa ou chupou dedo? () sim () não – Responda a 64 e pule para a 76

64. Alguém estimulou a criança a chupar o dedo?

() não. A criança começou sozinha

☐ mãe ☐ pai ☐ mãe e pai

☐ avós ☐ babá

☐ outros _____

65. Por que a criança começou a chupar o dedo?

☐ o pediatra orientou ☐ o dentista orientou

☐ familiares e amigos orientaram ☐ eu achei que era melhor

☐ é normal a criança usar ☐ meu(s) outro(s) filho(s) também usam

☐ para tranquilizar a criança ☐ nascimento de irmã/irmão

☐ separação dos pais ☐ período de tensão em casa

☐ para trocar o hábito de chupar chupeta

☐ outro _____,

66. Com que idade a criança começou a chupar dedo? R:_____

☐ desde o nascimento ☐ entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ após 1 ano de idade ☐ _____

67. Até que idade a criança chupou dedo? R:_____

☐ até 1 mês de idade ☐ entre 1 e 3 meses de idade

☐ entre 3 e 6 meses de idade ☐ entre 6 meses e 1 ano de idade

☐ entre 1 e 2 anos de idade ☐ entre 2 e 3 anos de idade

☐ entre 3 e 4 anos de idade ☐ entre 4 e 5 anos de idade

☐ mais de 5 anos de idade ☐ _____

68. Por que a criança parou de chupar o dedo?

☐ não se aplica. A criança ainda chupa o dedo

- ☐ a criança não quis mais ☐ a criança foi para a escola/creche
- ☐ a mãe não quis mais oferecer ☐ o cuidador não quis mais oferecer
- ☐ o pediatra orientou ☐ o dentista orientou
- ☐ familiares e amigos orientaram ☐ eu achei que era melhor
- ☐ outro _____

69. A criança chupa dedo agora? ☐ sim ☐ não

70. Quantos dedos a criança chupa (chupava)? ☐ 1 ☐ 2 ☐ mais de 2

71. Qual (quais) dedo(s) a criança chupa (chupava)? Chupava com a palma da mão para cima ou para baixo?

- ☐ polegar ☐ indicador ☐ dedo médio ☐ anelar ☐ dedo mínimo
- ☐ direito ☐ esquerdo
- ☐ palma para cima ☐ palma pra baixo



72. Em que momentos a criança chupa (chupava) o dedo?

- ☐ manhã ☐ tarde ☐ noite
- ☐ manhã / tarde ☐ manhã / noite ☐ tarde / noite
- ☐ manhã / tarde / noite

73. Por que motivos a criança chupa (chupava) o dedo?

- ☐ sem motivo aparente ☐ em momentos de aborrecimento/nervosismo
- ☐ para dormir ☐ vendo televisão

☐ depois da amamentação ☐ quando esta com fome

☐ _____

74. Onde a criança chupa (chupava) o dedo?

☐ na creche/escola ☐ só em casa ☐ na creche/escola e em casa

75. Como é (era) o hábito de sucção do dedo?

☐ fica chupando sempre ☐ chupa as vezes ☐ só apóia na boca

E FINALMENTE....

76. Você acha que existe relação entre a amamentação e hábitos de sucção (dedo, chupeta ou mamadeira)? ☐ sim ☐ não ☐ não sei

77. Você acha que o hábito de sucção (dedo, chupeta ou mamadeira) pode estar relacionado com o desenvolvimento psicológico e emocional da criança? ☐ sim ☐ não ☐ não sei

78. Você acha que o hábito de sucção (dedo, chupeta ou mamadeira) pode prejudicar o desenvolvimento dos dentes do bebê? ☐ sim ☐ não ☐ não sei

79. Se a resposta da pergunta 78 foi sim, quais problemas podem aparecer?

☐ os dentes ficam para a frente

☐ abertura de espaços entre os dentes

☐ os dentes de cima deixam de encostar nos de baixo

☐ outros _____

80. O que você acha que causa maior dano?

☐ chupar chupeta ☐ chupar o dedo ☐ mamadeira

☐ tanto faz ☐ _____

HÁBITOS DE MORDER...

Onicofagia

81. Roe as unhas?() sim () não

82. Qual (is) unha (s) roe?



() todas

() polegar esquerdo () polegar direito

() dedo indicador esquerdo () dedo indicador direito

() dedo médio esquerdo () dedo médio direito

() dedo anelar esquerdo () dedo anelar direito

() dedo mínimo esquerdo () dedo mínimo direito

() pé () esquerdo () direito

() cutícula dos cantos

83. Com qual (is) dente (s)? () anteriores () posteriores

84. Grau: () apenas parte branca da unha () além da parte branca () há sangramento () deformação nos dedos () deformação nos dentes

85. Motivo? () nervosismo () ansiedade () distração () medo () sem motivo aparente () outros:

86. Tempo de hábito? R: _____ () até 6 meses () 6 meses – 1 ano () mais de 1 ano

87. Morde Objetos?() sim () não

() lápis () cabelo () caneta () camisetas/ outros tecidos () outros: _____

88. Morde a mucosa oral?() sim () não

Qual lado da mucosa? () direito () esquerdo

Causa danos? () sim () não

89. Morde o (s) lábio(s)? () sim () não

() lábio superior () lábio inferior

90. Em que momento (s)? () manhã () tarde () noite () manhã/tarde () manhã/noite () tarde/noite () manhã/tarde/noite

91. Tempo de hábito? R: _____ () até 6 meses () 6 meses – 1 ano () mais de 1 ano

92. Motivo? () nervosismo () ansiedade () distração () medo () sem motivo aparente

Bruxismo

93. Range ou aperta os dentes ?() sim (aperta) (range) () não () não sabe

94. Se sim, qual o período de ocorrência?() diurno () noturno () ambos () não sabe

95. Pressiona ou range os dentes diante de tarefas do cotidiano?

() sim - () brincando () computador () assistindo TV () jogando vídeo game () lendo () fazendo tarefa () outros _____
() não

96. Qual a frequência?() uma vez/semana () três vezes ou mais/semana () episódios isolados desiguais

97. Tem alguém na família que também tem bruxismo?() sim Quem? _____
() não

98. Inger com frequência alimentação e/ou bebida ácida? () sim () não
Qual: _____

99. Tem refluxo gastroesofágico?() sim () não

100. Apresenta resistência na hora ir para cama?() sim () não

101. Vai para outra cama durante a noite?() sim () não () não sei

102. Molha a cama à noite?() sim () não () não sei

103. Fala durante o sono?() sim () não () não sei

104. Acorda gritando, suando?() sim () não () não sei

105. Apresenta dores orofaciais?() sim () não

Onde? () lado direito () lado esquerdo



Quando? () ao acordar () ao mastigar () ao falar () ao fim do dia () durante a noite

SOBRE A RESPIRAÇÃO...

INFORMAÇÃO DO SONO					
A que horas deita?		A que hora acorda?		*Horas de sono	
Ainda que durma, horas esperadas para idade, acorda cansado?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
O sono é tranquilo?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
O sono é agitado?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Acorda constantemente?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Ronca?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Permanece com a boca aberta?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Apresenta baba?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Acorda com a boca seca?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Acorda com sede?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe

INFORMAÇÃO DA SAÚDE RESPIRATÓRIA					
*Resfriados frequentes?	Sim		Com que frequência?	Não	Não sabe
Tonsilite ou adenoidite?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Congestão nasal?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Halitose?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe

Alergia?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Rinite?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Sinusite?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Bronquite?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Pneumonia?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe

INFORMAÇÃO DE ASPECTOS HABITUAIS DIURNOS					
Sonolência?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Boca aberta?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Lábios ressecados ou rachados?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Respiração ruidosa?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Coçar o nariz?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Assoa o nariz?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Fadiga?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe
Olheiras?	Sim	Algumas vezes	Frequentemente	Não	Não sabe